

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 octobre 1904, à 1 heure

PAR

René SANSON

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

LA TORSION DU PÉDICULE

DANS LES

TUMEURS LIQUIDES DES ANNEXES

(Kystes de l'ovaire — Hydro-Salpinx)

Président : M. BERGER, professeur

*Juges : { MM. LE DENTU et RAYMOND, professeurs
JEANSELME, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie.....		MM. DEBOVE.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		P. POIRIER
Chimie organique et Chimie minérale.....		CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale.....		GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales.....		GAUTIER.
Pathologie médicale.....	}	BLANCHARD
Pathologie chirurgicale.....		BOUCHARD
Anatomie pathologique.....		HUTINEL.
Histologie.....		BRISSAUD.
Opérations et appareils.....		LANNELONGUE
Pharmacologie et matière médicale.....		CORNIL.
Thérapeutique.....		MATHIAS DUVAL
Hygiène.....		RECLUS.
Médecine légale.....		POUCHET.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		BROUARDEL
		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....		DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique.....		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile.....		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI
		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIÉRY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRÉ	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEÆ MEOQUE

A MON TRÈS CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Chirurgien en Chef des Asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Je dédie ce travail avec l'expression
de ma profonde reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Lors de notre trop court passage comme externe dans le service de M. le D^r Picqué à l'hôpital Bichat, nous avons demandé à notre excellent maître de bien vouloir nous guider dans le choix d'un sujet de thèse.

M. Picqué a bien voulu répondre à notre désir. Il nous a communiqué dix observations de malades opérées dans son service par lui-même ou par MM. les D^{rs} Mauclaire et Chevalier, chirurgiens des hôpitaux ; ce sont elles que nous présentons dans ce travail.

Echelonnées sur un espace de quatre années (1900-1904), toutes nos observations concernent des malades atteintes de tumeurs annexielles à pédicule tordu. Sept comprennent des kystes de l'ovaire, les trois autres des hydro-salpinx ayant subi la torsion du pédicule.

Nous avons surtout voulu dans cette thèse montrer la fréquence relative d'une affection jadis réputée rare, devenue aujourd'hui moins exceptionnelle depuis que l'on sait mieux en faire le diagnostic.

Enfin nous nous sommes efforcé également de faire ressortir la similitude des symptômes des kystes et des salpinx à pédicule tordu, de démontrer la bénignité d'une intervention que M. Picqué pratiqua avec un succès constant sur toutes ses malades. Puissent ces raisons plaider en faveur de notre série

d'observations dont quelques-unes, nous le reconnaissons volontiers, passent sous silence certains points importants.

Nous n'avons pas non plus la prétention de résoudre les questions restées jusque-là en suspens. Cependant nous croirions, le but de nos efforts atteint si la publication de cas nouveaux et la mise au point des connaissances actuelles sur le sujet venaient contribuer à faire mieux connaître une affection sur laquelle l'attention de tout praticien doit-être aujourd'hui tenue en éveil.

Et maintenant, au moment où nous allons terminer nos études médicales, il nous reste à accomplir un devoir particulièrement agréable ; qu'il nous soit permis d'adresser à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux, à tous ceux qui nous ont fait profiter de leur savoir et de leur expérience clinique, un hommage respectueux de reconnaissance pour le soin qu'ils ont apporté à nous apprendre leur art.

A la mémoire de l'un d'eux, notre regretté maître M. le Dr Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, nous adressons un souvenir ému, nous nous rappellerons comme l'une de nos bonnes années d'études, celle où nous avons eu le bonheur de l'apprécier à la Clinique de laryngologie en 1900-1901.

Que M. le Dr Thoinot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service duquel nous passâmes l'année 1901-1902, veuille accepter l'assurance de notre profonde gratitude pour le savant enseignement qu'il

nous a donné et pour la bonté qu'il nous a témoignée dans notre vie privée. M. le Dr Thoinot fut pour nous plus qu'un maître.

Nous garderons de même de l'année 1902-1903 un souvenir inaltérable. C'est en effet à l'hôpital Bichat que nous avons reçu de M. Picqué l'enseignement le plus bienveillant et le plus éclairé de la Clinique chirurgicale. Ce maître fut particulièrement bon pour nous. C'est encore à l'heure actuelle à ses précieux conseils que nous avons recours pour la rédaction de ce travail. Qu'il nous permette de lui exprimer ici nos remerciements sincères.

Nous remercions également M. le Dr Sevestre auprès duquel nous terminons à Bretonneau notre dernière année d'externat, de son enseignement de l'art si difficile des maladies de l'enfance et de toutes les bontés qu'il nous a maintes fois prodiguées. Nous quitterons son service avec le plus grand regret.

Nous n'oublierons pas non plus les maîtres chez qui nous avons fait de trop brefs séjours : M. Champetier de Ribes, accoucheur de l'Hôtel-Dieu, MM. Faisans, Duguet, Maucelaire, Chevalier et Félizet. A tous nous adressons l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Notre ami Morel, interne de M. Picqué, nous permettra de lui renouveler l'assurance de notre vive sympathie pour la façon charmante dont il nous a guidé dans nos recherches et l'accueil si cordial que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

Enfin nous prions M. le professeur Berger d'agréer

l'hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse,

DE

LA TORSION DU PÉDICULE

DANS LES

TUMEURS LIQUIDES DES ANNEXES

(KYSTES DE L'OVAIRE — HYDRO-SALPINX)

HISTORIQUE

L'histoire de la torsion des kystes ovariens est aujourd'hui bien connue. Les premiers observateurs surpris par cette affection la considérèrent d'abord comme une curiosité anatomique. Le fait signalé et l'attention éveillée sur sa possibilité, les observations ne tardèrent pas à se multiplier.

Les premiers travaux sur la question remontent aux années 1840-1860-1865, ils sont dus à Rokitsansky. Après le dernier mémoire de cet auteur, quatorze ans s'écoulèrent avant que le sujet fût repris par Vercoûtre ; l'année suivante, en 1880, Lawson-Tait, puis Fränkel en 1883, précèdent de leurs recher-

ches le court chapitre de Sp. Wells dans son *Traité des maladies des ovaires*, et celui d'Olshausen dans le *Compendium* de Billroth. Aussitôt en rendant justice au mérite de Terrillon, qui le premier en France mit en 1889 la question à l'ordre du jour dans ses leçons de clinique chirurgicale, Baron dès l'année 1898 pouvait-il déclarer, dans sa thèse, qu'il n'y avait guère à insister sur un historique déjà bien connu.

Quoique plus récente d'un quart de siècle, l'histoire des salpingites à pédicule tordu semble calquée sur celle des kystes de l'ovaire. Il était naturel, en effet, de voir l'étude de ces deux affections marcher de pair puisque leur mécanisme était identique.

La première observation publiée en 1891 dans le *Surgical diseases*, est due à Bland Sutton. Il s'agissait en l'espèce, d'une malade opérée dans le service d'Henry Morris, les détails manquent malheureusement.

La première observation française parut l'année suivante. Pierre Delbet opérant dans le service du professeur Duplay, trompé par des phénomènes d'étranglement intestinal par brides ou volvulus, ne fut pas peu étonné de tomber sur une tumeur noirâtre et tordue, présentant l'aspect d'anses intestinales adossées, dont les deux bouts adhéraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique ; il fut même obligé, pour se convaincre de l'origine salpingienne de la tumeur, de dérouler le paquet intestinal.

En Angleterre, Napier en 1892 et Taylor en 1893 apportent chacun un cas personnel à l'étude des

hydro-salpinx tordus. Puis vinrent en Amérique les observations de Russel, Hirst, Malcolm, Storer ; en Russie celles de Stroganoff provenant du service de Ott en 1893 et de Warnek qui publia deux cas de torsion par salpingite et un troisième pour cancer, tandis qu'à Bruxelles Jacobs présentait à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique un hémato-salpinx à pédicule tordu. A tous ces cas vinrent s'ajouter ceux de Veit, Martin, Hennig Fritsch. V. Herff, Sanger et Forselles.

Enfin, en France, l'attention est attirée par des publications nouvelles de Hartmann et Reymond (*Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1894), Legueu et Chabry, Gosset. C'est vers 1900 que parurent les autres observations de Clado, Poirier, Pozzi, Rouffart, Baudron, Ricard, Fochier, Goullioud, Lejars, Hartmann. C'est à ce dernier auteur que nous devons certainement ainsi qu'à Legueu, la meilleure étude anatomo-pathologique. Rien n'a paru depuis de plus complet sur ce point particulier de notre étude.

Il appartient encore de citer la thèse de Maillard, en 1898, inspirée par Legueu ; un article de Arthur de Forselles, deux revues de Hartmann et Reymond et une leçon clinique de Legueu.

Enfin, en février 1901, parut dans la *Revue de chirurgie* une des meilleures études consacrées à la question ; le travail de F. Cathelin « sur la torsion des hydro-salpinx ». Nous avons largement puisé dans son mémoire.

Chaque jour encore la torsion des tumeurs liquides

des annexes voit son histoire s'enrichir de nouvelles observations, et pour ne mentionner que les dernières publiées, nous citerons celles parues dans les *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*; telles sont celles de Mouchotte qui publie en janvier 1902 un cas de kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu, de Moreslin qui, en octobre de la même année, signale une torsion d'un kyste ovarien pendant la grossesse, de Péraire et Weimberg qui présentent en mars 1903 une salpingo-ovarite double avec torsion d'une des trompes.

Enfin, les cas observés dans le service de notre excellent maître, M. Picqué, à Bichat, nous serviront pour ce travail d'ensemble. Nous étudierons successivement l'étiologie et le mécanisme encore à l'heure actuelle le point le plus important et le plus controversé; puis nous résumerons l'anatomie pathologique et à l'aide des renseignements tirés du dépouillement de nos observations personnelles nous nous efforcerons d'esquisser la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic.

Nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

La torsion du pédicule est fréquente en ce qui concerne les kystes de l'ovaire. M. Picqué dans ces quatre dernières années en opéra sept, tant dans sa pratique hospitalière que dans sa clientèle privée et nous regrettons de ne pouvoir apporter ici le pourcentage exact des cas de torsion opérés par notre maître par rapport au nombre des kystes de l'ovaire ayant nécessité une intervention dans son service de l'hôpital Bichat. Ce que nous pouvons affirmer néanmoins, le tenant de M. Picqué lui-même, c'est qu'il a été frappé du nombre relativement grand des cas pour lesquels il jugea prudent d'intervenir entre 1900 et 1904.

Baron, en 1898, publiait un grand nombre de cas dans sa thèse et bien que la fréquence de la complication puisse paraître exagérée dans la statistique de Rokitansky, qui sur 58 kystes ovariens opérés en quatre ans, nous signale huit fois la torsion (ce qui donnerait un pourcentage de 12 0/0 environ), bien que Spencer Wells abaisse ce résultat à 2 ou 3 0/0, Olshausen à 6, 5 0/0, et Terrillon, à 6 0/0, nous ne sommes pas éloigné de penser qu'il faudrait pour se faire une idée exacte de la fréquence, considérer cette modalité des kystes de l'ovaire comme légèrement inférieure seulement, au chiffre que nous fournit Rokitansky.

Il n'en est plus de même lorsque l'on aborde la question des hydro-salpinx. Hartmann écrivait déjà en 1894 que les salpingites et les salpingo-ovarites tordues sont beaucoup plus rares que les kystes de l'ovaire.

Le même auteur en trouvait l'explication dans ce fait que les salpingites ont un pédicule large, assez court et que la tumeur qu'elles constituent se continue jusqu'au voisinage de la corne utérine, toutes circonstances contraires, nous le verrons plus loin, au mécanisme de la torsion.

Pozzi à l'origine partageait l'avis de Hartmann. Il fut obligé de revenir sur son opinion à la suite « d'une série exceptionnelle » de cas qu'il fut à même d'observer dans sa pratique. C'est qu'en effet, comme le fait remarquer Cathelin dans son mémoire, « il y a seulement dix ans la torsion des salpingites était inconnue, même pour des gynécologues comme Segond, Bouilly et Richelot. » La cause tient évidemment à ce fait que les salpinx tordus sont relativement rares (trois cas en quatre ans dans notre série) et que beaucoup d'observateurs ont dû laisser échapper bien des cas, surtout lorsque le nombre de tours de torsion était très faible, lorsque l'étranglement était minime ; témoin, l'étonnement de Delbet à sa première salpingite tordue, alors que son esprit avait été averti en faveur d'une affection toute autre.

Cathelin écrit en 1901 que, dans l'espace des dix dernières années, le nombre des observations s'éleva

rapidement à une quarantaine dont plus du tiers en 1900. Seule l'explication plausible est que comme pour les kystes ovariens au début, les hydro-salpinx tordus étaient une rareté anatomique dont le diagnostic peut se faire aujourd'hui facilement, surtout étant donnée la similitude absolue entre les phénomènes concomitants de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et ceux qui accompagnent la torsion des hydro-salpingites.

L'âge des malades est un des facteurs qui doivent être pris en considération dans l'étiologie de la torsion. Lorsque nous dépouillons nos observations à ce sujet, nous voyons les chiffres varier entre 63 et 18 ans (Obs. IV et III). Ils sont et plus forts et plus faibles à la fois, que ceux cités par les auteurs, qui donnent comme âge moyen 30 et 40 ans ; néanmoins nous sommes d'accord avec eux pour constater que la majorité des cas de torsion ont eu lieu pendant la période d'activité génitale de nos malades.

Sur nos dix opérées, deux seulement, pourtant, ont des antécédents puerpuéraux, l'une eut un accouchement (Obs. VI) l'autre quatre grossesses (Obs. X), Il ne nous paraît donc pas qu'il faille tenir un compte trop grand de la puerpuéralité comme cause prédisposante. Cependant Hartmann, sur cinq cas de torsion, cite trois grossesses, deux autres malades de Legueu étaient multipares, Baudron et Ricard eux aussi ont opéré d'anciennes parturientes.

Nous sommes donc obligé de reconnaître aux grossesses antérieures un certain rôle adjuvant dans

la torsion des pédicules salpingo-ovariens et ce rôle nous pouvions déjà l'entrevoir par le manque de tonicité des tissus des multipares, par le ventre en besace, le prolapsus utérin, la faiblesse du périnée. Pinard professe l'opinion que de même les kystes ovariens, les salpinx peuvent se tordre sous l'influence de l'augmentation de volume de l'utérus en gestation. Bouilly a observé cinq cas produits par ce mécanisme. Pourquoi l'utérus gravide n'aurait-il pas lui aussi cet apanage puisque le développement d'une tumeur quelconque au voisinage d'un kyste de l'ovaire, ou bien la production de deux kystes de volumes inégaux peuvent engendrer la torsion du pédicule ?

Outre la bilatéralité des kystes, le fibrome utérin, par le même mécanisme que la grossesse, nous semble capable de jouer un rôle causal. Il en est de même de la coexistence d'une grossesse extra-utérine, comme Baudron et Hartmann en ont cité chacun un cas. Pour la syphilis ou la blennorrhagie des organes génitaux dont on connaît quelques observations, nous ne les mentionnerons que pour être complet, leur rôle dans la production de la torsion nous semble absolument nul.

Quant au mécanisme intime de la torsion des organes ou des tumeurs abdominaux, il nous échappe en partie et pour Legueu « nous en serons réduits aux suppositions, jusqu'au jour où l'expérimentation aura tranché la question ». Il est pourtant dès maintenant un point bien acquis, c'est qu'il nous faut con-

sidérer le mécanisme comme dépendant des causes les plus variées tant intrinsèques qu'extrinsèques. Et pour en entrevoir seulement dès maintenant quelques-unes, nous dirons que les brusques changements d'attitude, les mouvements violents du corps, la réplétion ou la déplétion de l'intestin et de la vessie, la mobilité, la minceur et la longueur du pédicule sont les plus généralement admises.

Aussi les théories sont-elles nombreuses !

Forselles recherche la cause de la torsion dans les rapports avec le bassin. Vercoutre pense que par suite d'un développement inégal, les kystes multiloculaires tournent plus facilement autour de leur axe en raison du déplacement de leur centre de gravité. Hartmann montre que la distension kystique du pavillon de la trompe ou son adhérence à un ovaire hypertrophié suffisent à produire la bascule. Enfin tous les auteurs en sont réduits à l'hypothèse. Cependant nous pensons avec Terrillon qu'un point bien établi est le suivant : c'est que comme le dit Lawson-Tait la nature de la tumeur n'a pas d'influence ; qu'elle soit volumineuse, petite, lisse, globulaire, multikystique, irrégulière, para-ovarienne, dermoïde, solide, fibreuse, elle peut dans tous les cas évoluer de façon à produire la torsion.

Avec Cathelin nous diviserons les causes de torsion des tumeurs pédiculisées en causes provenant soit de la tumeur elle-même, soit des organes voisins et nous mettrons largement à profit son travail où

la question du mécanisme étiologique a été étudiée avec soin.

En ce qui est de la trompe, dit Hartmann, elle a d'autant plus de chances de se tordre que son pédicule est long, mince, peu résistant, nous ajouterons : mobile et nous constaterons encore avec M. Legueu, que la condition indispensable de la mobilité c'est que les mouvements salpingiens puissent avoir toute leur ampleur.

Il ne faudra donc pas que des adhérences avec l'intestin ou l'épiploon par exemple viennent entraver le travail d'évolution de la tumeur. Dans toutes nos observations lorsque nous avons été en présence d'adhérences nous les avons toujours trouvées molles (Obs. IV) et il a suffi le plus souvent d'un décollement digital sans effort, pour les détacher et rompre toute connexion avec les organes du voisinage. C'est que ces adhérences, étaient de date récente et n'avaient point eu le temps de s'organiser ; circonstances qui rendent parfois difficile l'ablation d'une tumeur en établissant avec les viscères voisins des connexions profondes et par suite immobilisantes. Telle est en effet le motif de la rareté de la torsion des pyo-salpinx.

Lawson-Tait, invoque une deuxième condition : la minceur du pédicule, mais il ne faut pas envisager cette minceur comme la résultante d'un étirement de la trompe. Elle est due en effet toujours suivant Legueu, à ce que « l'extrémité externe de la trompe kystique s'isole du ligament large, se mobilise, se

renfle en battant de cloche, se contourne quelquefois de telle sorte que la trompe allongée aura une longueur deux ou trois fois supérieure à la longueur du pédicule qui le retient.

Enfin plus le pédicule sera long et lâche, plus il décrira de flexuosités, plus la torsion sera réalisable.

Elle est encore favorisée par l'accroissement progressif ou rapide de la tumeur quoiqu'il ne soit pas certain que la torsion ne puisse atteindre que des trompes malades.

A chaque tour du pédicule la tumeur augmente de volume et nous en exposerons les raisons dans d'autres chapitres de ce travail.

Disons seulement dès maintenant que le phénomène se produit par afflux de sang dans le kyste de l'ovaire, ou dans la trompe par gêne de la circulation veineuse.

Donc plus la tumeur se tord plus elle s'accroît et réciproquement ces signes, nous le verrons, auront leur importance lorsque nous parlerons de la symptomatologie et du diagnostic.

Il faut encore pour permettre au pédicule de se tordre que le siège de la tumeur ne soit pas pelvien mais abdominal.

L'ovaire logé dans la fossette de Krause dans l'angle formé par les vaisseaux iliaques internes et externes, est entouré par le pavillon de l'oviducte.

Si un fibrome (Obs. VII) ou un utérus gravide comme notre observation VIII le mentionne où toute autre tumeur de voisinage, quelle qu'en soit sa

nature, vient par son développement pelvien combler la cavité déjà étroite de l'excavation, elle élèvera naturellement avec elle le kyste de l'ovaire ou l'hydro-salpinx en modifiant les rapports et le siège de la tumeur qui dans un temps rapproché va se tordre, cessera donc forcément d'être pelvien pour devenir abdominal. C'est l'influence adjuvante que nous avons plus haut attribuée à la grossesse qui se manifeste dans ce cas pour faciliter la luxation et la tumeur évolue vers le détroit supérieur. Mais elle peut tomber aussi en se tordant dans le cul-de-sac de Douglas comme nos observations II, III en font foi « en glissant sur la pente douce de la paroi pelvienne recouverte du releveur anal ». Et il n'est pas rare de voir tomber dans le Douglas des hydro-salpinx non tordus. Mais évidemment il a fallu que la place fût libre pour que la chute fût possible : le cul-de-sac postérieur ne devait donc point être effacé par suite de la distension de la vessie ou de la portion terminale du gros intestin, sans quoi il faudrait que l'influence d'un mouvement brusque soit venue faire franchir de vive force à la tumeur l'orifice du détroit supérieur pour la rendre tordable. Cathelin en conclut que les hydro-salpinx tordus et trouvés prolabés dans le cul-de-sac postérieur n'étaient pas primitivement dans le Douglas. Ils y sont retombés et s'y sont fixés dans la suite.

Le kyste de l'ovaire étant assez développé, l'hydro-salpinx assez soulevé pour être désormais abdominal, que va-t-il se passer ?

Tout naturellement il continuera à se développer mais « tel un utérus gravide ou une vessie qui se remplit » il ne pourra pas le faire dans tous les sens. Du côté de la partie inférieure cela est matériellement impossible, la paroi osseuse du bassin est un obstacle insurmontable. Il ne restera qu'une route à suivre ; elle s'ouvre en haut du côté de l'abdomen ; force sera à la tumeur de se diriger de ce côté, mais le développement d'un kyste ou d'un hydro-salpinx n'est pas régulier ; dès lors le centre de gravité sera en péril et c'est là que l'opinion de Vercoutre sur les kystes multiloculaires trouve un solide argument. Il y aura déplacement dans le centre de gravité : donc équilibre instable.

L'hydro-salpinx lui, par sa situation même et son développement plus facile du côté supéro-externe, se trouve dans des conditions identiques, la rotation autour de son axe n'est pas éloignée.

Le plus petit mouvement va donc être suffisant pour faire dépasser le point mort à la tumeur.

Cette impulsion naîtra du milieu même où le kyste se trouve placé ; n'est-il pas soumis en effet à des pressions, à des mouvements d'organes voisins continuels ?

C'est l'intestin qui se remplit ou qui se vide, pesant de tout son poids au-dessus de la tumeur, c'est son péristaltisme qui viennent favoriser les glissements. La tumeur ne pourra donc qu'évoluer vers la torsion. Cette théorie de Cathelin n'exclut donc pas la détorsion de la trompe que certains auteurs ont admise

cliniquement et que l'un d'eux, Vercoutre, a proposée comme mode de traitement. La trompe ou le kyste, nous le voyons donc, peuvent se tordre en antétorsion ou en rétrotorsion, et ce fait s'expliquera naturellement, suivant que le centre de gravité sera en avant ou en arrière et surtout suivant qu'il y aura dans ces deux positions des espaces destinés à les recevoir.

« Enfin la circonférence du détroit supérieur sur lequel repose la tumeur est très fortement oblique en bas et en avant, formant avec l'horizontale un angle de 60°. Cette pente ne peut donc être que très favorable à la torsion, surtout s'il survient un déplacement des organes par le fait d'un mouvement violent ou par suite du relâchement de la sangle abdominale » (Cathelin).

Il est évident que le poli des surfaces séreuses en contact sera encore un appoint de plus en faveur de la rotation de la tumeur, car son frottement moindre diminuera d'autant moins la vitesse acquise de la tumeur en giration autour de son pédicule.

Telle est l'état actuel des connaissances sur le mécanisme étiologique de la torsion.

Nous le devons surtout à Cathelin et nous pouvons, avant de terminer ce chapitre, le résumer en peu de mots : localisation à la périphérie de la trompe, minceur, longueur du pédicule, mobilité de la tumeur, siège abdominal, accroissement par en haut, pression et contraction intestinale, déclivité du détroit supérieur, poli des séreuses en contact.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE BACTÉRIOLOGIE. — HÉMATOLOGIE

L'anatomie pathologique et la bactériologie des kystes de l'ovaire et des hydro-salpinx à pédicule tordu est peu connue, les recherches sont peu nombreuses sur la question et nous ne trouvons de description réellement importante que dans l'observation que publièrent en 1894 Hartmann et Reymond dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Certaines remarques ont néanmoins été faites par les auteurs (mais sans insister particulièrement sur le point), au sujet des cas nouveaux dont ils nous ont apporté la publication.

Nous étudierons l'anatomie de la torsion au point de vue macroscopique d'abord, au point de vue microscopique ensuite.

En ce qui concerne la fréquence de la production de l'affection que nous étudions, dans l'un ou l'autre côté de l'abdomen, il ne semble pas que les avis soient partagés. Nous la rencontrons dans nos observations presque toujours du côté droit (Obs. III, IV, V, VII, VIII) et ce siège dont nous ne connaissons pas le motif de prédilection, bien que l'on puisse penser qu'en ce point le cœcum et le gros intestin

interviennent dans le mécanisme, nous le voyons aussi donné par Hartmann. Les observations recueillies dans le service de notre maître sont silencieuses quatre fois seulement sur le côté de la localisation, mais néanmoins nous ne voyons signalé le côté gauche que dans un seul cas (Obs. X). Ce la n'est pas un argument à l'appui de la théorie de Forselles qui seul plaçait à gauche le maximum de fréquence des torsions.

Pour ce qui est de la situation de la tumeur, sa mobilité, condition essentielle, nous l'avons vu, de la rotation, nous laissait déjà entrevoir qu'il pouvait y avoir discordance entre le côté tordu et le siège de la tumeur. Généralement, nous dit Legueu, elle correspond au bord supérieur du ligament large, accolée à la corne utérine, et remonte plus ou moins haut suivant son volume. Avec Gosset, Legueu en a trouvé dans le cul-de-sac postérieur. Nos observations confirment ce siège. Dans l'observation II nous trouvons au toucher une tumeur molle dans le Douglas et dans l'observation VIII notre tumeur se place en arrière de l'utérus. Mais elle peut aussi bien siéger en avant; chez une de nos malades examinée sous chloroforme (Obs. VI) nous trouvons très nettement par le toucher rectal le corps utérin derrière la tumeur. Et ceci nous prouve que de la seule notion de siège, ne découle pas infailliblement celle de situation; il est parfaitement possible d'ailleurs qu'une salpingite ou un kyste semblant droits ou gauches se trouvent du côté opposé à l'ouverture d'un ventre.

Dans le chapitre « Mécanisme étiologique » nous nous sommes attaché à démontrer qu'une cause favorable à la torsion était aussi la localisation tubaire. Maillard avait déjà fait cette remarque et nous donnait les deux tiers externes de la trompe comme le lieu favori de la production de la tumeur. On peut actuellement être plus catégorique, en même temps que plus précis, et donner comme localisation habituelle le niveau du pavillon.

C'est en effet cette situation des kystes de l'ovaire, plus éloignés de la corne utérine que les salpinx, qui les rend si tordables. On a pu saisir sur le fait, combien la situation externe de la tumeur était propice, lorsque, comme dans une des observations citée par Cathelin, on a trouvé deux tumeurs sur la trompe dont la plus éloignée de l'utérus seule était tordue.

Au sujet du volume des hydrosalpinx on peut trouver les expressions les plus variées suivant les auteurs ; œuf de poule, tête fœtale à six mois, volume du poing, mandarine.

Quoi qu'il en soit le volume peut être énorme mais il ne sera jamais comparable en tout cas à celui des kystes ovariens. Les comparaisons que nous signalons au sujet de la grosseur varient, dans nos observations, de l'œuf de dinde (Obs. X) à celui du poing (Obs. VIII).

En général, pour ce qui concerne la quantité de liquide renfermé dans un hydro-salpinx, on peut donner comme limite moyenne le nombre de

400 grammes. Cependant une salpingite tuberculeuse opérée par Steman contenait deux litres, une autre observation de Lawson-Tait donne le chiffre exceptionnel de sept litres.

Pour Maillard l'enkystement de la collection serait dû à des arrêts de développement. Aujourd'hui l'on fait peu de cas de cette théorie, et nous serions plus porté en vérité à considérer avec Cathelin que des inflammations légères de la muqueuse et de la sous-séreuse suffisent pour rétrécir la lumière de l'organe intermédiaire au pavillon et à l'ampoule de Heule déjà naturellement étroit.

La forme de la tumeur peut n'être pas globuleuse, régulière de surface, comme dans les cas où les étranglements et les bosselures que l'on voit dans les salpingites n'existent plus, de même la couleur blanc bleuâtre de l'hydro-salpinx, à parois minces et transparentes, peuvent faire également défaut et la tumeur peut apparaître souvent lobulée, polykystique, irrégulière. Sa forme générale n'en restera pas moins « celle d'un ovoïde à grosse extrémité externe » tels la vessie d'un bœuf, une massue, une aubergine (Obs. X), un battant de cloche (Gosset). La paroi peut être turgescence, prête à se rompre (Obs. I), nous avons aussi rencontré un diverticule purulent (Obs. I).

Quant à la coloration elle est toujours la même : bleu noirâtre (Obs. I, IV, V, VI, IX, X) elle est due au contenu de la poche kystique qui est presque toujours hémorrhagique. Hartmann la compare à

une poche d'hématocèle, beaucoup d'auteurs à la coloration du chocolat. Legueu déclare que sa masse sombre, très foncée, rappelle par sa teinte absolument celle de la hernie étranglée. Cela est dû, nous dit-il, à des suffusions hémorrhagiques dans la paroi du kyste tendue et turgescente et aussi nous ajouterons à la transformation des hydro-salpinx tordus en hémato-salpinx.

La constitution du pédicule diffèrera naturellement suivant que nous considérerons celui des salpinx et celui des kystes ovariens. Pour ce qui est de ces derniers, Baron nous la fournit dans sa thèse : « Dans les cas les plus habituels, dit-il, le pédicule d'un kyste de l'ovaire est formé par ses moyens de fixité anatomique, le ligament utéro-ovarien et le ligament infundibulo-pelvien par où lui viennent ses vaisseaux. Il n'est pas rare de voir la trompe reliée à l'ovaire par une de ses franges faire partie du pédicule, parfois même la partie supérieure du ligament large tout entière tirillée par le développement du kyste fait partie du pédicule. »

Pour ce qui est de celui des salpingites, nous le voyons comprendre la trompe et la portion du ligament large qui lui est annexée au dehors. Ses artères lui sont fournies par les branches de la tubaire interne, branche de l'utérine et par la tubaire externe branche de l'ovarienne ; ces artères s'anastomosant vont former la sous-tubaire dont les branches supérieures vont irriguer la trompe. Les veines suivent une route inverse avant de se jeter dans les utéro-

ovariennes. Les lymphatiques vont aboutir aux ganglions lombaires et les nerfs proviennent du plexus sympathique qui entoure les artères utérine et ovarienne.

Dans les kystes de l'ovaire le pédicule est presque vertical, mais la direction normale de la portion utérine de la trompe nous laisse prévoir que pour les hydro-salpinx il se rapprochera de l'horizontale. Sa grosseur est généralement de peu de volume (Obs. V). Nous trouvons le pédicule mince et aplati dans l'observation VI, dans l'observation IV il atteint seulement le volume du pouce. Hartmann lui donne la grosseur de l'index et du cordon ombilical, Delbet celle du petit doigt, Legueu celle d'une plume d'oie. Nous retiendrons donc ce point que la grosseur est plutôt faible.

La constitution du pédicule de l'hydro-salpinx l'empêche, nous dit Maillard, d'avoir les dimensions démesurées que l'on rencontre dans les kystes de l'ovaire et en particulier dans le cas de Sp. Wells où la longueur égalait 0 m. 30. Il se borne à mesurer de 1 à 3 centimètres et ceci explique encore la rareté de la torsion des salpingites par rapport à la fréquence des kystes ovariens tordus.

Quant à la distance qui sépare le dernier tour de la torsion de l'utérus, elle est évidemment variable ; pourtant ainsi que nous l'avons noté dans notre IX^e observation la trompe peut se tordre près de la corne utérine ; un cas semblable est peu fréquent et peu favorable à la production du mécanisme.

Si l'étranglement du pédicule est le résultat d'une torsion brusque et exagérée, il se produira dans les tissus constituant la tumeur une complication grave.

Le sphacèle du pédicule et des parois sera à redouter. De l'oblitération des vaisseaux résultera un manque de nutrition des tissus plus ou moins total et la mortification se produira tout naturellement aux points de moindre vascularité, les plus faiblement nourris déjà à l'état normal.

Maillard, Jacobs, Forselles, Goullioud, Cathelin en ont tous rapporté des exemples. Ainsi que nous le verrons plus loin, les veines sont les premières oblitérées à cause de leurs parois minces, il en résultera une augmentation considérable de la tension vasculaire et si dès lors « la paroi si fragile des vaisseaux kystiques » vient à se rompre, nous aurons des épanchements hémorrhagiques fort graves, soit dans le kyste, soit dans sa paroi, qui pourront devenir même mortels s'ils font irruption dans l'abdomen. Le pédicule lui-même pourra être infiltré de sang et atteint de nécrose hémorrhagique, et de même qu'à un degré plus avancé le kyste peut épancher son contenu dans le péritoine après rupture de sa paroi au niveau du point gangrené, de même le pédicule peut se rompre au-dessus du point de l'étranglement et se détacher pour aller flotter librement dans la cavité abdominale (Terrillon). Cathelin dans son mémoire cite à l'appui de ce phénomène « de forcipressure naturelle » les observations de Luys (1855) sur un kyste détaché et trouvé errant dans la cavité abdominale

et de Rouffart qui vit une trompe sectionnée au niveau de l'utérus comme par une opération antérieure.

Le kyste libre pourra à son tour donner lieu à une série d'accidents ou subir des modifications variées. La péritonite sera la grosse complication possible.

Quant à la tumeur, elle évoluera vers le sphacèle, la ratatinement, la momification, pouvant même résorber son contenu.

On pourra encore la trouver comme dans l'observation de Rouffart adhérente aux parties voisines et recevoir le peu de matériaux désormais nécessaires à sa vie par ces adhérences ou quelques « ligaments la reliant à l'utérus ». Tel sera en un mot l'avenir de ces tumeurs indépendantes.

Le nombre des tours de torsion est variable. Dans une observation Legueu donne un demi-tour, Hartmann (1898) un tour complet, Bland Sutton trois et demi, nous-même avons observé cinq torsions triples (Obs. I, IV, V, VI, VII), dans un autre cas (Obs. X), le pédicule présentait cinq à six tours.

Le plus grand nombre de tours est donc pour nous au voisinage du chiffre 4, Kœberlé et Tait nous conseillent de compter les tours en dévidant en sens inverse de la torsion et en faisant exécuter chaque fois un tour de 360°

« Il semble, dit Hartmann, qu'une certaine règle préside à la torsion et que cette dernière débute le plus souvent par une chute de l'extrémité externe de la trompe en arrière, ce qui produit à droite un mouve-

ment dans le sens des aiguilles d'une montre, à gauche un mouvement en sens inverse. » Dans notre série d'observations où le sens de la torsion a été signalé seulement dans ce cas, nous voyons que le sens des aiguilles d'une montre a été respecté quatre fois (Obs. I, IV, V, IX), et que le sens contraire a été suivi deux fois seulement (Obs. VI et X). Malgré cette prédominance légère pour le sens « direct », nous n'en restons pas moins persuadé que le sens de torsion est à peu près indifférent.

Il y a des torsions sans étranglement, sans troubles circulatoires appréciables et l'étranglement n'est pas proportionnel à la torsion ainsi que l'a fait remarquer Legueu. Elle sera serrée ou lâche selon les circonstances et la tumeur peut ne pas présenter trace de compression. Notre observation VII est tout à fait remarquable à ce point de vue, la torsion étant peu serrée, on a noté que le contenu du kyste était séreux et ne présentait pas les caractères hémorrhagiques des kystes à pédicule tordu.

Au sujet du contenu des kystes et des hydro-salpinx dont l'histoire anatomo-pathologique semble se superposer, il est un point fort important à noter : c'est que le liquide de ces tumeurs, par le fait même de la torsion, peut subir trois transformations.

En règle générale nous pouvons admettre que le contenu avant la torsion est limpide ou séreux, l'observation précitée en est un exemple ; mais que le pédicule se torde et aussitôt pour peu que nous nous trouvions en face d'un étranglement serré,

nous assistons à la transformation en hémato-salpinx sous l'influence de l'hypertension artérielle si favorable aux épanchements hémorrhagiques. En effet, nous avons, dans notre série d'observations, surpris en quelque sorte sur le fait ces différentes modifications et nos différents cas présentent les phases évolutives, depuis le liquide séreux légèrement sanguinolent (Obs. V et VI) en passant par la couleur roussâtre (Obs. VII) pour aboutir au contenu franchement hémorrhagique. Il est certain qu'un « liquide séreux, légèrement teinté de sang », ne peut se rencontrer qu'au début de la torsion ; en effet dans le cas que nous citons l'étranglement était peu serré ; c'est un grand argument en faveur de la transformation de l'hydro-salpinx en hémato-salpinx.

Le pus est rare, néanmoins nous l'avons rencontré très nettement (Obs. IX) ; il est secondaire à son tour à l'épanchement sanguin. Cela n'a rien que de très normal, nous voyons journellement le vulgaire hématome devenir purulent par infection consécutive : pourquoi ce privilège serait-il refusé à l'hémato-salpinx ? C'est également un appui en faveur de la constatation de la rareté de la torsion des pyo-salpinx.

Un pyo-salpinx primitif est impossible à tordre, en raison même des adhérences inflammatoires dont il s'est entouré afin de protéger le péritoine, si bien que lorsque l'on rencontrera une collection purulente, on pourra presque avec certitude affirmer qu'elle est fille d'un hémato-salpinx modifié.

Presque toujours l'aspect noirâtre, rouge sombre du contenu de la poche est dû à du liquide ; cependant on peut aussi rencontrer des caillots (Obs. VI), mais ce fait est assez rare.

La capacité des tumeurs est variable, Hartmann dans son observation de 1894 donne 400 grammes, c'est en effet le chiffre moyen ; cependant, nous avons vu plus haut qu'il fallait compter avec des épanchements beaucoup plus importants.

Dans les hydro-salpinx l'ovaire peut subir la torsion tout comme la trompe qui dans ce cas l'entraîne dans sa rotation ; mais l'ovaire ne fait partie de la tumeur que dans les cas où un travail inflammatoire antérieur l'avait rendu adhérent au pavillon de la trompe.

Un phénomène identique se passe pour les kystes ovariens ; mais ici ce n'est plus l'ovaire qui tourne parfois c'est la trompe.

« Il importe de ne pas confondre la torsion secondaire apparente de l'ovaire, dit Cathelin, avec la torsion primitive vraie. Dans le premier cas, la torsion de l'ovaire se fait après que la trompe a déjà tourné c'est-à-dire tardivement. Seul le microscope permettra de différencier ces deux ordres de lésions. L'ovaire fusionné et non tordu est fixé à la partie postérieure de l'ovoïde salpingien ; au contraire un ovaire tordu peut occuper les positions les plus variables en rapport avec le dernier tour de torsion ; il peut être en haut, en avant ou en dehors. Mais en général l'ovaire est rarement tordu ; s'il l'est, il est possible de le trou-

ver atrophie, voire même de constater sa disparition à l'examen macroscopique.

Enfin, comme bien des observations en font foi, l'ovaire peut ne pas participer à la torsion.

Les adhérences que nous avons rencontrées dans nos observations étaient molles, facilement détachables sous la traction légère du doigt et par la décoration avec les ongles. Hartmann (1898) en note de « facilement rompues », Legueu de « glutineuses », enfin dans beaucoup de cas elles font complètement défaut. Ceci, nous l'avons déjà exposé au chapitre du mécanisme, prouve que la fixation est incompatible avec la mobilité. Si des adhérences solides ont été rencontrées avec les organes voisins, épiploon, anse, oméga, utérus, etc., elles étaient fatalement secondaires et bien que Bland Sutton le rappelle, ce ne sont guère ces adhérences qui apportent au kyste les matériaux nécessaires à sa nutrition.

Du fait même de la torsion les organes voisins sont souvent influencés.

L'utérus était tordu d'un demi-tour dans l'observation de Hartmann (1900). L'intestin-grêle, l'anse oméga, s'ils adhèrent par de fausses-membranes anciennes à un kyste de l'ovaire, peuvent suivre son mouvement de rotation et subir un véritable étranglement s'ils s'enroulent autour du pédicule. Cathelin, citant Martin, trouve mentionné que le ligament large était plein de sang et œdématié. L'appendice peut lui aussi adhérer à la tumeur.

Enfin les annexes situées du côté opposé à celui

qui est malade sont souvent atteintes, il est vrai, mais il faut se montrer parcimonieux à leur égard et nous le verrons au chapitre du traitement, avant de les enlever il faudra se rappeler de leur importance puisque bien des femmes après la castration unilatérale faite pour une torsion ont pu encore devenir enceintes. Cathelin, sur 18 observations, nous dit que six fois les annexes opposées à la lésion étaient saines et que onze fois il y avait hydro-salpinx.

Lorsque l'on étudie les lésions consécutives à la torsion, il faut en envisager deux sortes selon qu'elles sont antérieures ou qu'elles sont secondaires à l'étranglement.

L'examen de la paroi kystique permet de déceler par les coupes un « aspect d'apoplexie » ; les parois denses laissent plus ou moins facilement dissocier leurs éléments et d'autre part les vaisseaux moins nombreux qu'au niveau du pédicule ne donnent pas un aspect de dilatation vasculaire aussi caractéristique. Cependant, ainsi que le fait remarquer Legueu, les vaisseaux et les veines surtout, considérablement dilatés, forment à la surface interne de la poche une arborisation vasculaire nettement dessinée. Les hémorrhagies sont interstitielles, intra-pariétales, et se produisent surtout au niveau des franges du pavillon qu'elles distendent de plus en plus. Sanger a signalé quatre ou cinq petites cavités kystiques pleines de sang dans l'épaisseur même de la paroi qui dans ce cas était fort mince ; pourtant Legueu l'a vue exceptionnellement épaisse. Dans quelques cas enfin

on a trouvé la paroi cloisonnée à sa face interne par des trabécules.

Pour donner une idée des coupes du pédicule, nous ne saurions mieux faire que citer textuellement Hartmann, qui seul en a donné une description précise : « Il faut supposer que chacun des éléments entrant dans la composition de cette salpingite a été dissocié, éloigné des éléments voisins de façon à ce que la superficie couverte par l'ensemble soit de cinq à six fois plus considérable qu'avant l'hémorrhagie. Qu'on suppose maintenant que chacun des vaisseaux gorgés de sang ait pris des dimensions extraordinaires, qu'on remplisse de sang tous les espaces laissés entre les éléments dissociés et l'on aura une idée de l'aspect présenté par cette coupe. »

Baudron nous apprend que la cavité tubaire est agrandie, les parois de la trompe hypertrophiées. Hartmann y a trouvé des cellules de desquamation épithéliales et des globules sanguins.

Baudron dans son observation précitée a vu, conservé sur toute la surface de la coupe, un épithélium cylindrique sans pouvoir conclure à l'existence ou non des cils vibratiles. Hartmann le vit cubique et ne persistant que sur un petit nombre de points.

Les franges ont disparu, elles sont remplacées par de grosses saillies muqueuses, produit de la distension kystique, très riches en cellules rondes et en capillaires dilatés et gorgés de sang.

« L'épaississement de la muqueuse est énorme,

chacun des faisceaux conjonctifs semble nager dans le sang ».

Les deux couches musculaires participent, elles aussi, à l'épaississement, car l'hémorrhagie s'est produite non seulement entre les faisceaux, mais entre les fibres des mêmes faisceaux. Les capillaires sont tellement distendus qu'il est parfois difficile de voir si les éléments sanguins qu'on observe sont encore contenus dans le vaisseau ou s'ils ont déjà fait irruption hors de lui.

Les artères restent perméables, tout au moins les petites et celles de moyen calibre, ce qui leur permet de recevoir encore du sang rouge malgré la torsion de la tumeur. Les artères de plus gros volume sont au contraire atteintes d'endartérite, elles sont oblitérées par des bouchons fibrineux. Les éléments des tuniques sont dissociés sous l'influence de l'hémorrhagie intra-pariétale, les vasa-vasorum sont très dilatés.

La distension des veines paraît plus grande que celle des artères : chaque veine, dit Hartmann, baigne au centre d'un large lac sanguin, elles sont le siège de thromboses cruoriques oblitérantes avec organisation du caillot. Nous voici donc en présence du phénomène suivant : il y a une porte d'entrée pour le sang dans la tumeur, il n'y en a pas pour la sortie, de cette disposition résultera l'accroissement rapide de la tumeur.

Vercoutre nous a démontré expérimentalement la chose : il fit, ainsi que l'a rapporté Maillard dans sa

thèse, des injections de liquide coloré dans les artères et les veines d'un cordon ombilical qu'il soumit à une torsion progressive : or il nota que la veine moins résistante, s'oblitére la première, puis les artères dont les tuniques interne et moyenne se sectionnent. Si la torsion est serrée avec étranglement nous aurons tout le cortège des thromboses signalées par Hartmann et il ne sera pas rare de les voir se prolonger jusque sur les vaisseaux du ligament large.

Cathelin résume en quatre stades se succédant toujours dans le même ordre l'évolution des lésions pédiculaires. Nous ne ferons que les rappeler suivant leur succession naturelle. Ce sont : 1^o la congestion ; 2^o l'hémorrhagie ; 3^o le sphacèle ; 4^o la libération.

C'est encore le travail de Hartmann (1898) que nous mettrons à contribution pour l'étude du kyste ovarique tordu.

« L'ovaire présente, nous dit-il, deux sortes de
« lésions hémorrhagiques. Les unes déjà anciennes
« paraissent dues à de petites hémorrhagies successi-
« ves, elles se présentent sous forme de foyers allon-
« gés entre les vaisseaux du hile et affectant la même
« disposition rayonnée que ceux-ci. » Ce sont donc
« des hématomes périvasculaires et non des thrombo-
« ses. « Ces hématomes anciens n'existent que dans
« la substance médullaire. L'autre forme de lésion
« hémorrhagique se trouve au contraire dans toute
« l'épaisseur de l'ovaire ; elle est constituée par une
« diffusion des globules sanguins, ayant encore leur
« forme, répandus entre tous les éléments de l'ovaire,

« paraissant sortir depuis peu des vaisseaux. Cette
« hémorrhagie diffuse et récente est la seule que l'on
« constate dans la substance corticale ; les élé-
« ments sanguins sortis du capillaire se disposent
« entre les faisceaux conjonctifs en longues traînées
« parallèles à la périphérie, perpendiculaires par
« conséquent aux foyers hémorrhagiques primitifs du
« centre. Quant aux follicules de Graaf, ils sont com-
« primés par les éléments sanguins sans être pénétrés
« par eux ».

La trompe de l'autre côté est en général atteinte de salpingite chronique ; on a pu noter comme Baudron une grossesse tubaire, ou bien des annexes hydropiques, mais le plus souvent elles sont saines, bien des femmes, en effet, ont pu devenir enceintes avec leurs annexes restantes.

Bland Sutton dans son observation cite un cas où le kyste adhérerait aux parties voisines du ligament large et au péritoine pelvien, il recevait certainement des vaisseaux nutritifs de cette source, car ses connexions vasculaires normales se trouvaient supprimées. Ce cas est une exception véritable, les adhérences sont relativement rares et la thrombose de leurs vaisseaux (si les adhérences existent), jointe aux nombreuses hémorrhagies interstitielles, semblent peu favorables à un apport nutritif quel qu'il soit.

Hématologie et Bactériologie. — Nous n'en dirons que quelques mots en terminant ce chapitre. L'examen immédiat du sang conclut seulement à une légère

hypoleucocytose (1 glob. blanc pour 100 rouges). L'examen direct n'a permis ni à Hartmann ni à Grosset de déceler de microorganismes dans le liquide.

Pour les cultures, Hartmann a eu des résultats négatifs avec le tissu des annexes non tordues.

Avec le tissu des annexes tordues, on a eu des cultures stériles tant qu'on s'est contenté de mettre le fil de platine au contact du sang, il a fallu étaler deux ou trois gouttes de ce sang pour obtenir des colonies. Le résultat fut le même sur gélose et dans le bouillon. Le microcoque trouvé par Hartmann paraît se rapprocher du type *micrococcus lactens faviformis* rencontré parfois dans le mucus vaginal et dans les bartholinites. Si l'infection vient d'ailleurs et en particulier de l'intestin, on peut trouver le staphylocoque blanc, le bactérium coli et des tétracoques indéterminés.

Le microcoque isolé et inoculé en cultures pures aux animaux semble peu pathogène ; mais sous certaines influences il est capable de devenir pyogène.

SYMPTOMATOLOGIE

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et des hydro-salpinx se réalise de deux façons : brusquement ou lentement.

Dans le premier cas il s'agit d'une torsion avec étranglement serré et thrombose complète des vaisseaux, le début est solennel et les symptômes violents ; dans le second lorsque la rotation et l'étranglement sont graduels on note des crises douloureuses successives.

A ces deux formes correspondront donc deux modalités cliniques différentes, mais néanmoins caractérisées l'une et l'autre par des phénomènes plus ou moins marqués de pelvi-péritonite passagère, l'accroissement rapide du volume de l'abdomen causé par l'œdème de la tumeur et l'apparition du grand élément commun : la douleur.

Dans la plupart des observations, les malades souffraient déjà du ventre depuis un temps plus ou moins éloigné, mais sans que cette douleur les eût inquiétées jusqu'au point de les pousser à venir réclamer l'intervention.

Le siège de la douleur est toujours à peu près celui de la tumeur et donne déjà un élément de pro-

bilité en faveur du côté où se trouve la lésion. Pour Maillard, elle réside dans tout le petit bassin, mais le plus souvent nous la trouvons dans l'une ou l'autre fosse iliaque. D'une façon générale, il ne semble pas que la menstruation ait une influence quelconque sur la production des crises douloureuses si nettement caractérisées par leur irrégularité, pourtant elles peuvent s'accompagner de pertes de sang auxquelles Pozzi a donné le nom de « métrorrhagies distillantes ».

Il est évidemment difficile de rattacher ces premières douleurs à leur cause réelle, surtout parce que leur durée n'est pas généralement longue, cependant parfois elles se sont maintenues durant des mois et des années.

Souvent dès ce moment la malade s'aperçoit de sa tumeur abdominale qui a grossi sous l'influence de la gêne de la circulation de retour. Elle nous dit que son ventre est ballonné, ou qu'il a subi un brusque accroissement. Une de nos opérées atteinte de kyste de l'ovaire à pédicule tordu (Obs. IV) a vu au milieu d'une santé parfaite son abdomen augmenter de volume, mais étant donné son embonpoint naturel elle ne s'occupa pas de ce point qui ne l'inquiéta qu'au moment où brusquement la douleur vint s'y installer pour augmenter progressivement dans la suite.

Les règles, dans la majorité des cas publiés, sont régulières et normales, néanmoins on peut les rencontrer douloureuses ; elles peuvent de même subir

certaines variations qualitatives et quantitatives, ou bien encore s'accompagner de leucorrhée, comme nous le voyons signalé par Ricard, Baudron, Hartmann, Legueu et nous-même dans notre observation VII.

La torsion brusque est manifestement plus fréquente que la torsion chronique, et son signe fonctionnel de beaucoup le plus important c'est la douleur.

Celle-ci est typique et les malades qui l'ont éprouvée arrivent souvent à la différencier de celle qu'elles ont pu ressentir du fait même des annexites dont elles souffrent, dit Hartmann. Ses caractères sont les suivants : horrible, syncopale, brusque. Nous l'avons vue apparaître brusquement au milieu d'une santé parfaite (Obs. IV), subitement dans la nuit (Obs. IV), et dans tous les autres cas « brusquement ». Tous les auteurs avec nous ont constaté ce phénomène.

Delbet nous parle d'une douleur horrible et subite dans la fosse iliaque qui fit tomber la malade et l'empêcha de se relever ; une des malades de Baudron fut prise tout à coup dans la nuit d'une douleur telle qu'il y avait tendance à la syncope, une des opérées de Ricard fut atteinte, vers dix heures du soir, d'un élancement en coup d'éclair qui l'obligea à s'aliter : elle ne pouvait s'allonger dans son lit et se recroquevillait en chien de fusil. La douleur apparaît tout à coup au milieu des occupations de la malade ; dans l'observation V, Madame X..., était au lit, dans l'observation de Delbet, la malade se prome-

nait dans la rue ; mais il est un point à noter, c'est que le maximum de fréquence de la douleur se produit sous l'influence de causes occasionnelles où le corps est secoué ou mis en mouvement ; c'est en montant à cheval, en passant rapidement de la position assise à la station debout, à la suite d'une marche un peu longue, au moment où la patiente s'y attend le moins. On l'a vue encore survenir excessivement vive dans le ventre à l'époque des règles (Obs. Legueu) et augmenter d'intensité pendant la miction et la défécation (Obs. Hartmann).

Quoi qu'il en soit la douleur occupe toujours le côté du pédicule tordu, mais si, comme nous l'avons vu, la tumeur déplacée va se porter dans la fosse iliaque de l'autre côté, la douleur chemine avec elle, ce n'est donc pas un élément sûr de diagnostic, en ce qui concerne le siège de la lésion.

L'intensité de la douleur est telle que « la scène prend un aspect effrayant et dramatique » (Legueu). On ne saurait guère la comparer à aucune autre si ce n'est à celle qui suit les perforations brusques d'organes. Evidemment le diagnostic est à faire avec la souffrance extrêmement vive de la rupture d'une hématocele, ou la perforation brusque de l'appendice ou de l'estomac.

La douleur ne reste point localisée à la tumeur, elle envoie ses irradiations un peu partout, vers la fosse iliaque, l'hypogastre, l'hypochondre, l'aîne, la région lombaire, la cuisse, le genou, les jambes, le rachis, elle est exacerbée par tous les mouvements.

C'est pourquoi tant de malades se placent dans des poses si bizarres dans leur immobilité, de façon à relâcher leurs muscles et à les placer en état de vigilance perpétuelle.

On conçoit qu'un tel état douloureux ne se produit pas sans retentir sur tout le système nerveux, par l'entremise du plexus solaire. Et de même que dans les crises de coliques hépatiques par exemple nous nous trouvons en présence de vomissements, de même dans le cas présent ce sont eux qui viendront continuer la scène. Leurs caractères distinctifs sont les suivants : « alimentaires d'abord, bilieux ensuite ». Nous les avons rencontrés dans presque tous nos cas (Obs. III, VII, IX, X, etc.). Leur durée est variable, ils peuvent se produire pendant trois ou quatre jours (Ricard) et se répéter un grand nombre de fois (une vingtaine dans un cas de Delbet), ils n'ont pas l'odeur intestinale.

Chez certaines femmes on a noté des métrorrhagies ; nous n'en avons pas rencontré d'exemples et nous serions disposé à croire avec Hartmann que ce symptôme ne semble pas en rapport avec la torsion des hydro-salpinx ou des kystes de l'ovaire.

Pourtant ce signe a été rencontré et Hartmann lui-même (1900) nous en cite plusieurs survenues chez la même malade. Malgré cela et en raison de la rareté du phénomène, nous ne croyons pas pouvoir ériger ce signe en symptôme de valeur.

La constipation est presque la règle et nous voyons fréquemment signalé l'absence de matières et de gaz.

Comme nous le verrons plus loin au chapitre du diagnostic, il faudra se méfier de la présence de ce symptôme et savoir lui attribuer sa valeur réelle, pour ne pas tomber sur l'écueil qu'un observateur aussi sagace que Delbet n'a pu éviter : l'occlusion intestinale.

Qu'elle s'appelle kyste de l'ovaire ou hydro-salpinx la tumeur réagit localement sur le péritoine ne serait-ce que mécaniquement. Plusieurs théories sont en présence pour expliquer ces péritonites passagères peu graves. Maillard les attribue à la torsion des filets nerveux contenus dans le pédicule et aux irritations du plexus solaire : Hartmann trouve cette argumentation insuffisante pour expliquer les symptômes fonctionnels et surtout généraux présentés par les malades, car il s'agit bien de péritonite, les adhérences en font foi et non de péritonisme. Legueu, lui, invoque l'infection. Mais cette septicité n'est pas prouvée.

Dans leurs recherches bactériologiques Hartmann et Morax n'ont réussi à déceler la présence d'aucun microorganisme et ils croient « qu'il s'agit là d'une variété de péritonites aseptiques dont la torsion est une des causes habituelles ».

En résumé il y a bien péritonite, cela n'est douteux pour personne, adhérences, exsudats, tout le prouve, mais péritonite aseptique non infectieuse. Tel est l'avis de Gosset ; Lejars pense que le liquide du kyste peut être de virulence variable, quant à Legueu il n'a pas constaté l'existence de cette forme particulière de péritonite.

En ce qui concerne l'état général des malades, le pouls subit peu de modifications ; il devient petit et rapide, la température reste au voisinage de la normale, mais les femmes souvent épuisées sont incapables de se tenir debout, le visage est angoissé, pâle, la respiration est fréquente. La fièvre peut venir compléter le tableau clinique, elle est inconstante et peut tarder un peu à se produire, elle sera néanmoins peu élevée et trouvera en général sa cause, ainsi que nous le fait remarquer Cathelin, dans un pyo-salpinx secondaire.

Si maintenant nous passons à l'étude des signes physiques, nous trouvons d'abord à l'inspection le ventre ballonné ; c'est un symptôme bien constant, nous l'avons relaté dans presque toutes nos observations, ainsi que la plupart des auteurs dont les recherches ont précédé les nôtres.

La palpation abdominale est le plus souvent douloureuse, une de nos malades (Obs. VI) dut être examinée sous chloroforme. L'examen doit être conduit prudemment, il permettra de se rendre compte de l'existence de la tumeur. Cathelin à ce sujet établit une distinction importante basée sur la loi de Hartmann : (apport sanguin dans la tumeur sans possibilité de retour). En effet, dit-il, ou cette tumeur était déjà connue du chirurgien, ou elle apparaît pour la première fois. Dans le premier cas on sera frappé de l'augmentation de son volume depuis le dernier examen, c'est qu'à chaque nouveau tour de torsion il y a congestion plus grande.

Le siège de la tumeur est abdominal, nous l'avons vu, naturellement pour les kystes de l'ovaire, pour une raison de mécanique pour les hydro-salpinx. Cette tumeur surplombe la circonférence du détroit supérieur, et abstraction faite des cas où elle est tombée dans le cul-de-sac postérieur, c'est une masse que l'on sent mieux par le palper abdominal soit au-dessus du pubis, soit dans les fosses iliaques que par le vagin.

Voici, en effet, les renseignements que nous avons recueillis à ce sujet dans nos observations :

Obs. I. Saillie globuleuse au niveau de l'ombilic ;

Obs. II. Grosse tumeur kystique médiane remontant jusqu'à l'ombilic ;

Obs. IV. Grosse collection occupant presque tout l'abdomen ;

Obs. V. Sensation de plénitude dans l'hypogastre ;

Obs. VII. Grosse tumeur arrondie formant une notable saillie dans l'abdomen.

Obs. IX. Un peu au-dessous de l'ombilic grosse masse dure.

Le volume de ces tumeurs est, bien entendu, variable suivant leur nature ; pour ce qui est des salpingites tordues la grosseur peut atteindre celle d'une tête fœtale à terme. Les caractères qu'Hartmann assigne à la tumeur sont les suivants : elle est tendue, résistante, légèrement mobile. Comme elle contient du liquide elle est évidemment mate et fluctuante.

Le toucher va maintenant compléter le tableau de la symptomatologie.

La situation du col utérin appréciée par ce moyen est en général peu modifiée. Hartmann sentit dans un cas que l'utérus avait pivoté d'un demi-tour, entraîné qu'il était par les annexes. Pendant l'examen il est facile de constater que les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent aisément au col utérin. De même, par le toucher combiné au palper, si la douleur ne s'y oppose pas, l'on pourra apprécier la fluctuation de la poche. Il restera alors à pratiquer l'examen des culs-de-sac et en particulier du Douglas où nous avons rencontré plusieurs fois la tumeur.

Warnek (de Saint-Pétersbourg) prétend avoir senti par l'abdomen et par le vagin le pédicule tordu avec ses tours de spire ; ce cordon se dirigeait vers le petit bassin et il devenait plus tendu quand on soulevait la tumeur du côté de l'abdomen. Nous répéterons avec Legueu qu'il ne faut pas compter sur cette constatation pour établir le diagnostic.

« Semblable finesse de toucher laisse rêveur ». Le « signe de Warnek » n'a donc pas de valeur ; mais grâce au toucher bimanuel nous pourrions encore apprécier distinctement que la tumeur qui nous préoccupe n'appartient pas au corps de l'utérus, mais est bien localisée à ses annexes.

Et maintenant que nous avons étudié la symptomatologie de la torsion aiguë, ajoutons quelques mots sur l'histoire des torsions lentes.

Maillard croyait qu'il fallait considérer tous les cas publiés comme des torsions aiguës ; tout au plus admettait-il l'hypothèse d'une forme chronique. Cela

n'empêche pas qu'il existe ce que Legueu a appelé une forme latente, dans laquelle la torsion a dû se faire en plusieurs fois, avec des douleurs lancinantes, des crises douloureuses successives qui ont été comparées à celles des coliques néphrétiques.

Hartmann nous le fait remarquer, il insiste sur les foyers hémorrhagiques d'âges différents dont certains présentent déjà les caractères de l'ancienneté que l'on peut rencontrer dans les tumeurs tordues. Les adhérences sont là également pour venir témoigner de la longueur de l'évolution de la torsion et ce ne sont pas de faibles arguments en faveur de la torsion lente.

Sans recourir à l'anatomie pathologique, la clinique à elle seule nous fournit de précieux indices lorsque nous notons des crises de douleurs et de phénomènes péritonéaux alternant avec des périodes d'accalmie presque complètes et comme on peut le remarquer dans cette forme, le plus gros symptôme : la douleur paroxystique, syncopale, manque et Cathelin le dit fort justement : « c'est si l'on veut une forme inachevée que le hasard seul a empêché d'arriver au stade évolutif extrême ».

En résumé le diagnostic est fort difficile dans la torsion latente sans étranglement. Nous sommes loin des symptômes si caractéristique de la première forme.

DIAGNOSTIC

Ce point de l'examen semble à la plupart des auteurs difficile à établir. Cathelin rapporte que sur 41 observations concernant des hydro-salpinx le diagnostic n'a jamais été fait. Il est certain que la rareté relative des salpingites tordues est bien faite pour faire errer le diagnostic. L'esprit est plutôt influencé en faveur de la torsion d'un kyste de l'ovaire.

En effet sur nos sept observations de kystes ovari-ques tordus, cinq fois le diagnostic fut fermement posé et toujours vérifié. Il n'en a pas été de même au sujet de nos trois cas d'hydrosalpinx. Dans l'observation VIII on pense à une menace de rupture de grossesse extra-utérine surajoutée à une normale ; dans l'observation IX à un rein flottant, et dans la dixième, le médecin, qui vit la malade en ville, nous l'adresse comme une femme atteinte de grossesse extra-utérine rompue, diagnostic rectifié d'ailleurs à l'entrée dans le service.

Cependant nous possédons des symptômes bien nets et caractéristiques de l'affection, et il suffira peut-être que l'esprit soit averti à son sujet pour voir la lumière apparaître.

Il est certain que l'âge de la malade, la connais-

sance d'un long passé génital, l'existence antérieure de crises douloureuses paroxystiques et les métrorrhagies doivent attirer l'attention du chirurgien du côté du pelvis et l'amener à étudier la possibilité d'une affection utérine ou annexielle.

Mais l'histoire de la symptomatologie de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire se superpose si bien à celle des salpingites tordues qu'il sera aisé le plus souvent de faire le diagnostic simple de torsion, mais très difficile de dire quelle en est l'origine, surtout si l'on est en présence d'un de ces petits kystes ovariens uniloculaires si trompeurs par leurs dimensions.

Les diagnostics les plus variés ont été portés ; à part les nôtres plus haut cités nous mentionnerons ceux de salpingite (Ricard), de kyste de l'ovaire, d'occlusion intestinale (P. Delbet), de grossesse tubaire (Baudron), d'annexite, d'appendicite, d'utérus rétrofléchi.

Si la malade vient consulter au moment d'une première crise douloureuse, il est fort difficile au chirurgien qui se trouve ainsi pour la première fois en sa présence de porter un diagnostic ferme.

Pourtant, comme nous le fait remarquer Legueu, même dans les cas où l'on a aucune notion sur le passé de la malade, il n'est pas difficile de percevoir d'un côté de l'utérus une tumeur dont la tension, la sensibilité accusent la transformation. Hartmann lui-même (Obs. 1894) rapporte que dans des conditions identiques il fit le diagnostic de double salpingite.

Mais si l'on voit la malade pour la deuxième fois, comme dans le cas précité de Hartmann et si l'on constate comme lui que la tumeur a beaucoup augmenté de volume et les douleurs d'intensité, si de plus, comme ce chirurgien on avait tout d'abord songé à la salpingite, le diagnostic viendra de lui-même se préciser, on sera sûr de la torsion, surtout si l'on se trouve en présence d'une tumeur tendue, fluctuante, mobile, à siège externe.

Il est peu probable qu'un observateur sagace se laisse méprendre dans ce cas en faveur d'autres tumeurs abdominales ; la douleur sera toujours différente et les symptômes fonctionnels propres à chaque organe éviteront au chirurgien de tomber dans l'erreur.

Mais ici se pose la question du diagnostic différentiel entre le kyste de l'ovaire et l'hydro-salpinx.

Toute tumeur dépassant la grosseur d'une tête fœtale à terme, déterminant de la stase veineuse et de l'œdème des membres inférieurs, dont la forme est sphérique, la situation externe et dont on aura pu par la ponction retirer un liquide chocolat à odeur gangréneuse est presque sûrement un kyste de l'ovaire qui a subi des modifications par le fait de la torsion de son pédicule.

En effet les caractères des salpinx tordus sont différents, la tumeur est moins grosse, plus interne, plus mobile, la ligne de matité fournie par la percussion n'est plus la même, au lieu d'avoir une matité à convexité supérieure on obtiendra plutôt la forme

d'un croissant à pointes dirigées vers la ligne médiane de l'abdomen.

La grossesse peut venir enfin singulièrement augmenter la difficulté du diagnostic, si concomitamment existe un salpinx tordu. Dans un cas analogue (Obs. VIII), il nous a été donné de penser à une grossesse extra-utérine venant en compliquer une normale. Dans une observation de Baudron les phénomènes de grossesse utérine dominaient ceux de torsion ; si notre opérée eût été plus près du terme de sa grossesse, le diagnostic eût été encore à faire, comme dans un cas de Budin, avec la dilatation par du liquide amniotique d'une corne de l'utérus gravide, et alors nous aurions pu recourir au procédé de Budin, rappelé par Cathelin, à savoir qu'il faut pour trancher la question chercher à faire pénétrer les petits membres de fœtus dans l'intérieur de la poche et à les y sentir par la palpation.

Si l'on voit la malade dans les premiers instants de l'accident, la douleur vive et subite qu'elle éprouve, peut faire songer à bien des affections à douleurs analogues.

La torsion du pédicule par exemple simulait à s'y méprendre l'appendicite dans une observation de Hartmann ; cet auteur notait en effet des vomissements, de la douleur iliaque droite, du ballonnement de l'abdomen, de l'arrêt des matières et des gaz ; mais dans ces cas il manque forcément, surtout si la tumeur se trouve à gauche, le point de Mac Burney et le siège à droite, de plus on a de la fièvre, le pouls

caractéristique et enfin une tuméfaction non mobile. Les coliques hépatiques et néphrétiques ne nous semblent pas devoir, en raison de leurs symptômes bien nets, tenir longtemps le diagnostic en suspens.

Le diagnostic avec la grossesse extra-utérine rompue est de beaucoup plus épineux à établir, surtout si la rupture de la grossesse se fait en plusieurs temps, progressivement, car alors les phénomènes généraux d'anémie si marqués lorsqu'une grande quantité de sang fait tout à coup irruption dans le Douglas manquent complètement. Il faudra avoir recours aux antécédents pour éclairer la question. Le gonflement des seins, l'absence de règles, la tumeur du cul-de-sac postérieur joints aux signes d'hémorrhagie seront de précieux auxiliaires, surtout si dans le cas de rupture précoce on trouve encore une tumeur latéro ou rétro-utérine.

Il n'est encore pas rare, en présence d'un pédicule tordu de penser à l'occlusion intestinale, en raison de l'absence de selles et de gaz, du début brusque en pleine santé avec douleur syncopale, le bég, duallement du ventre.

Delbet songea à un étranglement par bride ou volvulus, il en fut de même dans un cas de Gosset. C'est surtout avec la pseudo-occlusion que le diagnostic sera difficile, car dans l'occlusion totale les vomissements fécaloïdes ne rappelleront en rien les vomissements alimentaires et bilieux, sans odeur intestinale, dus à la torsion. Morestin dans un cas plus récent, en présence d'un kyste ovarien à pédi-

cule tordu pendant la grossesse, trouva en même temps une occlusion intestinale produite par la torsion du kyste, l'iléon à sa partie terminale était pincé entre le kyste et le psoas, aplati, coudé, fixé par des adhérences de telle manière qu'il y avait là un obstacle absolu à la circulation du contenu intestinal. Voici donc un cas qui mérite d'attirer toute notre attention, car il est probable que le diagnostic formel était impossible dans ces conditions.

En raison de la haute intensité des phénomènes douloureux, il peut encore être donné de penser à la rupture d'un pyo-salpinx, mais dans ce cas, ainsi que nous l'a fait remarquer Legueu, l'on ne se trouve plus en présence d'une tumeur à accroissement subit, on assiste à la diminution, voire même à la disparition immédiate, de la tuméfaction.

Nous rechercherons enfin dans les rapports avec l'utérus un élément de diagnostic en faveur des fibromes à pédicules tordus.

Enfin dans la salpingite il sera toujours nécessaire de rechercher dans les antécédents les deux grandes causes de sa production : l'infection puerpérale et l'infection blennorrhagique ; jamais nous ne trouverons la série des grandes crises paroxystiques douloureuses et le toucher vaginal, tout en nous renseignant sur le siège, ne nous permettra pas, combiné au palper, d'apprécier une tumeur abdominale.

Telles sont les erreurs possibles dans lesquelles le chirurgien peut parfois se laisser tomber ; beaucoup d'entre ces affections réclamant un traitement iden-

tique à celui des pédicules tordus, il ne nous semble pas, en présence de la nécessité de l'intervention, qu'elles puissent causer un réel préjudice à la malade.

PRONOSTIC

Deux points sont à considérer au sujet du pronostic. Il faut en effet savoir distinguer entre les cas traités et les cas non traités.

« Le pronostic des cas non traités est grave, nous dit Cathelin, du fait des lésions salpingiennes et de la torsion elle-même, non par péritonite mais par exacerbation très grande des douleurs. » Nous pouvons ajouter qu'abandonnés à eux-mêmes les kystes de l'ovaire ou les hydro-salpinx tordus sont presque toujours fatalement mortels.

Le pronostic des cas opérés est très favorable. A part les trois cas malheureux de notre statistique, toutes les malades traitées par notre maître, M. Picqué, ont guéri rapidement.

Et tout d'abord, au sujet de nos trois interventions suivies de mort, quelques explications sont nécessaires.

Dans l'observation III il s'agissait d'une jeune malade de 18 ans, atteinte de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, soignée depuis longtemps dans un service de médecine.

L'opération fut faite d'urgence par M. Mauclaire ; la malade était dans un état d'extrême faiblesse.

Elle ne tarda pas à succomber le lendemain à la suite d'hémorrhagie.

Au sujet de la malade de l'observation IV, âgée de 63 ans, opérée par M. Chevalier, nous n'avons pas de renseignements suffisants pour expliquer les causes du décès. Mais notre opérée n° VII donna dès son entrée dans le service l'impression d'une femme atteinte d'affection d'ordre médical, l'examen de tous les viscères fournit un résultat négatif, sauf l'utérus et les annexes, où l'opération démontra l'existence d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire droit, faiblement tordu, à contenu séreux.

La malade ne tarda pas à succomber sans que cet état fébrile ne se soit modifié et M. Picqué reste persuadé que cette malade était atteinte d'une affection médicale de cause indéterminée.

M. Picqué n'a pas cru devoir néanmoins écarter cette observation du groupe des cas observés dans son service, bien qu'il pense que ce cas eût pu, à bon droit, en être rejeté.

A part ces trois décès, les résultats sont trop favorables pour que nous y voyions une raison d'assombrir le pronostic. Dans l'observation I, le quatrième jour la malade avait une température normale et un état général excellent. Dans l'observation V, le quinzième jour la malade quittait la maison de santé, complètement guérie. Nous voyons la grossesse continuer son cours et évoluer normalement dans l'observation VIII, enfin dans tous les autres cas notre maître obtint des guérisons définitives.

En résumé nous dirons donc que le pronostic est bénin au point de vue opératoire s'il n'y a pas de complications particulières du côté de la tumeur.

Evidemment il faut savoir compter avec des accidents tels que la suppuration, si favorable aux péritonites septiques et avec des accidents que nous avons déjà signalés au chapitre de l'anatomie pathologique et que nous rappellerons ici en quelques mots : la rupture de la poche kystique, la libération, le sphacèle, l'hémorrhagie intra-péritonéale.

Mais en elle-même, nous le répétons, l'opération de la torsion simple est aujourd'hui tout à fait anodine. C'est pourquoi il ne faudra jamais attendre pour pratiquer l'intervention ; la temporisation ne pourrait favoriser que de nouvelles torsions, la thrombose des veines du ligament large et des veines iliaques sans espoir de voir la guérison s'obtenir spontanément par atrophie ou régression.

TRAITEMENT

Actuellement tous les auteurs sont d'accord sur l'opportunité de l'intervention dans les cas de torsion d'organes.

Nous venons de le dire au chapitre précédent, la laparotomie doit être hâtive, car jamais on ne regrettera d'être intervenu trop prématurément. On évitera ainsi une opération défavorable, en ne donnant pas au kyste ou à l'hydro-salpinx, le temps de se rompre ou de se gangréner.

Mais ici la question se pose à peine de savoir à quel mode opératoire il faut donner la préférence.

Tous les chirurgiens ont pratiqué et pratiquent encore la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Cette opération est, en effet, la seule capable de fournir à l'opérateur un champ suffisamment large pour extraire sans difficulté et sans rupture, des tumeurs souvent très volumineuses et à contenu septique.

Nous combattons ici l'hystérectomie abdominale totale. Il est en effet fort important de ne pas faire bon marché de l'utérus de femmes en période d'activité génitale.

De même nous repousserons pour un motif sem-

blable la castration bilatérale. Pour avoir le droit de tenter de semblables ablations, il faudrait pouvoir justifier sa conduite par la présence de lésions doubles et suppurées ; or, les lésions des trompes n'ont en général qu'un caractère peu inflammatoire ne permettant pas d'user de cette pratique. De plus, nous l'avons vu précédemment en étudiant la fréquence des lésions des annexes du côté opposé à la torsion, celles-ci ne sont pas forcément malades. Jamais dans notre série d'observations l'ablation totale des annexes n'a été pratiquée. Il est donc de tout intérêt de s'enquérir au cours de l'opération de l'état des annexes opposées pour ne pas priver systématiquement les femmes des chances d'une maternité future.

Pourtant il faudra bien savoir se résigner, et si comme dans une observation de Delbet on trouve la trompe du côté opposé oblitérée et distendue par du liquide il faudra l'enlever également.

Au sujet de la technique opératoire envisagée elle-même, le procédé employé par notre maître est des plus simples. Si le pédicule est gros il le dédouble ; s'il est petit il le lie tout naturellement. Il n'y a pas à envisager la possibilité d'une hystéropexie secondaire.

Enfin il est inutile de laver le péritoine car on ne rencontre qu'exceptionnellement des péritonites graves et les procédés d'asepsie employés aujourd'hui dans les opérations nous dispensent de cette pratique.

En ce qui concerne le drainage, dans l'intérêt de la

paroi abdominale qu'il vaut mieux réunir d'emblée, nous dirons : il ne faut pas y avoir recours, à moins, selon le mot de Lejars rapporté par Cathelin que, « l'impression du moment » force la main à l'opérateur.

CONCLUSIONS

1° La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et des hydro-salpinx est une affection fréquente.

2° Elle se produit pendant la période d'activité génitale de la femme.

3° Le mécanisme dépend de causes anatomiques et mécaniques multiples attribuables les unes à la tumeur, les autres aux organes voisins.

4° Il y a deux sortes de torsions : celle à forme aiguë et celle à forme chronique.

5° La symptomatologie et l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et des hydro-salpinx à pédicule tordu est la même.

6° Le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs douloureuses sous-ombilicales et surtout avec l'appendicite, l'occlusion intestinale et les coliques canaliculaires.

7° Le pronostic clinique est grave si l'affection est abandonnée à elle-même. Le pronostic opératoire est très bénin.

8° Il faut faire la laparotomie sous-ombilicale, éviter si possible l'hystérectomie abdominale totale ou partielle, ainsi que la castration bilatérale. Le lavage et le drainage sont inutiles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Guérison.

Opérateurs : M. PICQUÉ assisté de M. MAUCLAIRE.

Leg... Marie, 39 ans.

Entrée dans le service le 16 janvier 1900, opérée salle Chas-saignac le 20 janvier.

Pas d'antécédents puerpéraux.

Etat clinique. — Le ventre présente les caractères du kyste de l'ovaire. Saillie globuleuse au niveau de l'ombilic, sonorité dans les flancs. La tumeur a augmenté rapidement de volume, elle est douloureuse à la pression, la malade a peu de fièvre. Diagnostic porté : torsion du pédicule.

Opération. — Laparotomie médiane. On constate que la paroi du kyste est noirâtre, présente à la partie inférieure un amincissement qui semble indiquer une rupture prochaine. Adhérences d'épiploon, grande vascularisation du feuillet pariétal du péritoine et petite quantité de liquide qui s'écoule. L'incision est prolongée par en haut pour permettre l'énucléation facile en cas de rupture.

Le trocart donne issue à une notable quantité de liquide chocolat, mais il existe deux poches et l'on n'a la deuxième qu'en l'incisant et en la détachant des adhérences contractées avec les parties voisines.

On constate alors une torsion triple. Pour détordre la tumeur on l'a tournée de droite à gauche.

Ligature du pédicule. On constate que la trompe est le siège d'hémato-salpinx.

Examen de la pièce. — On trouve trois poches; elles contiennent un liquide sanguinolent et dans l'une est un diverticule purulent.

La température tombe peu à peu et le quatrième jour arrive à la normale. L'état général est très bon.

Guérison définitive.

OBSERVATION II (Inédite).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Guérison.

Opérateur : M. PICQUÉ.

Moril... 27 ans.

Entrée dans le service le 11 décembre 1901, opérée salle Chassaignac le 13.

Pas d'antécédents puerpuéraux

Etat clinique. — Grosse tumeur kystique médiane remontant jusqu'à l'ombilic, col ramolli et perméable, tumeur molle du cul-de-sac postérieur.

Diagnostic porté; kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Opération. — Incision médiane. On découvre un kyste de l'ovaire à contenu sanguin ; quelques anses intestinales adhèrent à sa surface, l'utérus est à droite et en bas. Il existe une inclusion partielle du kyste dans le ligament large dont le feuillet antérieur est largement étalé sur la paroi latéro-inférieure.

La décortication du kyste dans son segment inférieur est extrêmement laborieuse ; on arrive jusqu'au niveau d'un conduit blanchâtre, sinueux, qui est probablement l'artère utérine. Un assistant a pensé à l'uretère ?

La paroi antérieure du rectum adhère à la base du ligament large.

Reconstitution, dans les deux tiers antérieurs, du ligament large à l'aide d'une suture. 2 Mickulicz.

Suites ; Guérison.

OBSERVATION III (Inédite).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Mort.

Opérateur M. MAUCLAIRE (Opération d'urgence).

Gab... Jeanne 18 ans.

Arrive d'un service de médecine avec un état général très mauvais.

Etat clinique. — Début : vomissements, ballonnement du ventre.

Opération le 7 août 1902 (d'urgence).

On trouve un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, il y a un épanchement sanguin dans le Douglas.

Ablation, drainage sus-pubien.

Suites. — La mort survient le 8 août par hémorrhagie.

OBSERVATION IV (Inédite)

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Mort

Opérateur M. CHEVALIER.

Nant..., Zoé, 63 ans.

Entrée dans le service le 6 décembre 1902. Opérée salle Chassaignac le 13 décembre.

Au milieu d'une santé parfaite, la malade a vu petit à petit son abdomen augmenter de volume, mais étant donné son embonpoint naturel, elle ne s'occupe pas de ce point, qui ne l'inquiéta que dernièrement, au moment où brusquement une douleur vint s'y installer. A partir de ce jour la douleur augmente progressivement et nécessite le transport de la malade à l'hôpital.

Etat clinique. — Grosse collection occupant presque tout l'abdomen, donnant la sensation d'un kyste ovarique plus développé à gauche, le toucher combiné avec le palper montre que le côté droit est plus rempli que le côté gauche et fait présumer un kyste ovarique droit tordu.

Opération. — Laparotomie médiane. On arrive immédiatement sur le kyste et on constate qu'il présente des adhérences molles avec la paroi abdominale. On le détache en passant la main sous la paroi abdominale. Ponction avec le trocart Picqué, évacuation d'un liquide chocolat. On n'évacue qu'une poche antérieure; traction sur le kyste et énucléation.

On constate que la base du kyste est adhérente à l'intestin, surtout le côté gauche, on arrive sur un pédicule tordu trois fois, dans le sens des aiguilles d'une montre, détorsion du pédicule (sur les annexes droites). Il est du volume du pouce, ligature à la soie par un point arrêté, par suite de quelques adhérences surtout en arrière.

Mickulicz. Sutures.

Mort.

OBSERVATION V (Inédite, résumée).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Guérison.

Opérateur. M. PICQUÉ.

X..., 50 ans.

D'une très bonne santé habituelle et n'ayant jamais présenté le moindre symptôme du côté du ventre, se trouve en villégiature à Granville lorsque subitement, dans la nuit, elle est prise d'une douleur violente dans l'hypogastre accompagnée de vomissements.

Le Dr Vallais appelé en consultation examine le ventre, y découvre l'existence d'une grosse tumeur ignorée de la malade, mate à la percussion, semi-fluctuante et établit le diagnostic de kyste probable de l'ovaire.

La malade est alors adressée à M. Picqué. L'examen bimanuel démontre l'existence d'une tumeur mate à la percussion, de consistance molle et demi-fluctuante. L'utérus est petit, indépendant de la tumeur et situé en arrière d'elle. A ce moment la malade ne présente aucun vomissement et tout se

borne chez elle à l'existence d'une sensation de plénitude dans l'hypogastre. L'état général est excellent.

En présence des accidents subits ressentis par la malade M. Picqué n'hésite pas à porter le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

L'opération est pratiquée chez les Dames Augustines de la rue Oudinot en septembre 1903.

Incision médiane, on arrive rapidement sur une tumeur qui n'est autre qu'un kyste de l'ovaire, du côté droit ; le pédicule présente une torsion constituée pas trois tours dans le sens des aiguilles d'une montre, peu serrés et sans adhérences. Le pédicule ainsi tordu présente peu de volume.

Aucune réaction péritonéale. L'ovaire du côté opposé est sain.

Ligature et résection de la tumeur.

Examen de la pièce. — Le kyste est uniloculaire, les parois sont minces, le contenu est séreux, légèrement sanguinolent, la paroi laisse transparaître la coloration hématique du contenu.

Réunion immédiate, sans drainage.

Le huitième jour les fils sont enlevés, la réunion est complète.

Le quinzième jour la malade quitte la maison de santé parfaitement guérie.

OBSERVATION VI (Inédite).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Opérateur : M. PICQUÉ.

Del.... Louise, 19 ans, 9 novembre 1903.

Antécédents. — Présente des douleurs brusques dans le ventre.

Etat clinique. — Femme accouchée il y a 2 mois 1/2.

L'examen pratiqué sous chloroforme permet de reconnaître très nettement derrière la tumeur le corps utérin, c'est par le toucher rectal qu'on le découvre.

Opération. — Le 14 novembre. Incision médiane. On arrive sur une tumeur à parois minces, laissant transparaître la couleur noire du contenu.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu, trois tours en sens inverse des aiguilles d'une montre. On arrive facilement à les détordre. Pédicule mince et aplati. Ligature et résection.

La poche n'a pas été ouverte.

Examen de la pièce. — La poche principale est tapissée par des caillots, mais le contenu est formé par de la sérosité légèrement teintée de sang, deux autres petites poches contiennent des caillots qui comblent leur cavité.

OBSERVATION VII (Inédite).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Mort.

Opérateur : M. PICQUÉ.

Tant..., Alexandrine, 32 ans.

Entrée le 21 mars 1904 salle Chassaingnac.

Réglée à 20 ans, à peu près régulièrement, et abondamment.

Jamais d'enfants ni de fausses-couches.

Pertes blanches.

Jamais malade antérieurement.

Etat clinique. — Souffre du ventre depuis quatre mois. Prise il y a quinze jours de douleurs violentes et brusques avec vomissements et fièvre. La veille $\theta = 40^{\circ}$. Pouls : 120.

A l'examen, on trouve éliminées toutes les affections médicales. La grossesse est également repoussée. Règles non interrompues, pas de lait dans les seins, pas de modifications du côté du col.

Examen bimanuel. — Grosse tumeur arrondie formant une notable saillie dans l'abdomen et faisant bomber le cul-de-sac latéral gauche.

M. Picqué admet ou un pyosalpinx ou un fibrome compliqué de lésions annexielles.

Opération. — Le 23 mars. Incision médiane. On constate un gros fibrome médian surmonté d'un gros kyste à parois minces laissant transparaître une sérosité un peu foncée.

On ne trouve aucune collection purulente intra-pelvienne.

Le pédicule du kyste ovarique droit présente une faible torsion.

Son contenu est séreux et ne présente pas l'aspect hémorrhagique des kystes à pédicule tordu. Rien donc dans ces lésions ne permet de voir la cause de l'état fébrile (1).

OBSERVATION VIII

Progrès médical, 30 mars 1901. « *De la chirurgie dans les asiles d'aliénés* », par L. PICQUÉ.

Hémato-salpinx compliquant une grossesse de cinq mois. — Opération. — Continuation de la grossesse et accouchement normal.

Observation présentée à la Société de Chirurgie le 18 décembre 1900).

Femme H..., appartenant au service de la colonie de Vaucluse (Service du Dr Blin, médecin en chef); a toujours présenté une excellente santé. Depuis trois mois cessation complète du flux menstruel; au bout de six semaines elle a commencé à se plaindre de douleurs vives dans le ventre se présentant sous forme de crises. Le 27 juillet la malade a des vomissements réitérés qui durent vingt-quatre heures. Mon collègue et ami, M. Mauclair, adjoint du service, qui vit d'abord la malade, constata l'existence d'une grossesse de trois mois. Le col est mou et légèrement entr'ouvert. Il existe en outre une tumeur annexielle à droite et qui admet la possibilité d'une grossesse

1. C'est cette observation qui eût pu à bon droit être rejetée de la série des cas de M. Picqué. Notre maître est en effet convaincu que la malade a succombé à une affection médicale indéterminée.

extra-utérine surajoutée. Dans un premier examen que je fis ultérieurement je ne pus arriver sur la tumeur que je ne retrouvai que dans un deuxième examen. Cette tumeur très mobile et qui parfois venait à se placer tout à fait derrière l'utérus avait le volume du poing. La surface en est lisse et la consistance plutôt rénitente.

Le 19 août, cette tumeur avait augmenté de volume. La saillie qu'elle fait à la partie supérieure est beaucoup plus nette.

La malade a encore éprouvé la veille au soir et dans la nuit des douleurs extrêmement violentes suivies de vomissements mais rapidement calmées sous l'influence de lavements laudanisés. Le pouls reste bon et se maintient entre 75 et 80.

La température = $37^{\circ}5$, mais la malade éprouve un grand sentiment de faiblesse, d'ailleurs depuis un mois, l'alimentation est devenue très difficile. Les moindres douleurs provoquent des vomissements et entretiennent un état nauséux presque constant.

Le 13 août l'utérus a très notablement augmenté ; le col est très ramolli les douleurs restent très vives.

Le 17 août mon ami et élève, M. Macé, chef de clinique obstétricale à la Faculté, confirme le diagnostic de grossesse de quatre mois, que j'accepte également. Moi-même, j'admets le diagnostic de grossesse extra-utérine surajoutée, avec menace de rupture, mais la malade n'a jamais eu de pertes sanguines depuis le début des accidents ; le diagnostic reste hésitant.

Le 18 août. Une intervention est pratiquée avec l'assistance de MM. Vigouroux et Baudrie, médecins en chefs, et avec l'aide de nos internes Menet et Grégoire et de M. Bienvenu, interne de l'Asile.

Incision médiane en position renversée. L'utérus gravide est

reconnu. La main portée à gauche arrive sur la tumeur ; celle-ci est attirée au dehors à l'aide d'une bascule légère de l'utérus, on reconnaît alors un hémato-salpinx à pédicule tordu (3 tours). L'ovaire est au niveau du pédicule. Ligature et section. L'opération a duré environ quatre minutes. Les suites opératoires ont été très simples : la température n'a pas dépassé 37°3. L'état est resté excellent, et la malade n'a eu aucun vomissement. La grossesse a continué et la malade est actuellement au neuvième mois de sa grossesse. La cicatrice est très résistante.

Examen de la pièce pratiqué par le Dr Macé, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine.

Deux coupes en deux points différents, l'une mince et l'autre plus épaisse.

Les deux coupes ne présentent aucune trace de villosité et rien qui rappelle une paroi de grossesse. L'ensemble de la préparation est formé par des couches de fibres conjonctives élastiques et par des amas de sang qui dans les deux coupes forment presque toute l'épaisseur de la coupe.

Il s'agit là plutôt d'un hydro-salpinx transformé par la torsion du pédicule en hémato-salpinx.

La malade a accouché récemment dans les conditions normales.

OBSERVATION IX (Inédite).

Pyosalpinx à pédicule tordu. — Guérison.

Opérateur : M. PICQUÉ.

Chré..., Lucie, 22 ans, entrée le 16 décembre 1902.

Antécédents. — Malade, bonne santé habituelle, a été prise lundi de douleurs brusques dans le ventre et de vomissements qui ont duré 24 heures.

Etat clinique. — Col normal, petit, fermé, corps utérin semblant petit, sur la ligne médiane, rien d'appréciable dans les culs-de-sac. A gauche un peu au-dessous de l'ombilic grosse masse dure qu'on peut ramener jusqu'au cul-de-sac latéral gauche. On songe à un rein flottant.

Opération. — 18 décembre 1902.

Incision médiane, on découvre une double tumeur bilobée dont la portion principale se trouve sur la ligne médiane et un peu à gauche, dont la petite portion se trouve à droite. Adhérences épiploïques dans l'excavation. Ces adhérences sont d'abord séparées et refoulées en haut et latéralement. On peut énucléer facilement la tumeur. On constate :

1° Qu'elle est tubaire ;

2° Que la trompe est tordue près de la corne utérine dans le sens des aiguilles d'une montre, et qu'elle présente deux tours.

La tumeur est excisée au niveau de son pédicule ; on pratique une suture en surjet de ce pédicule ; pas de drainage.

Examen de la pièce. — La tumeur présente une coloration noirâtre, à l'incision, puis de couleur foncée. Guérison.

OBSERVATION X

Hémato-salpinx à pédicule tordu publié par M. Morel, interne de M. Picqué dans les Bulletins et Mém. de la Soc. d'Anat. de Paris, n° 10 de décembre 1903. — Guérison.

Duviv... Sophie, 32 ans, entrée dans le service le 1^{er} décembre 1903 avec le diagnostic de son médecin : « grossesse extra-utérine rompue, hématocele ».

Cette malade réglée à 14 ans et depuis lors abondamment et régulièrement s'est mariée à 21 ans et a eu quatre enfants.

Ses règles ont été normales ces derniers mois et finissaient précipitamment le 30 novembre quand apparurent les accidents qui l'amènèrent à l'hôpital.

Le 3 décembre au matin, vers 5 heures, la malade est prise d'une douleur brusque, extrêmement vive, dans le côté gauche. Cette douleur ne tarde pas à s'irradier à tout le bas-ventre ; la malade vomit ; vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux. Elle fait venir un médecin qui en présence des phénomènes douloureux qu'elle présente lui fait une piqûre de morphine.

Les douleurs persistent, les vomissements redoublent, l'état général devient mauvais, la température reste normale. Dans ces conditions la malade est envoyée à l'hôpital où elle arrive dans la nuit.

Le lendemain matin, 4 décembre, à l'examen, on constate une vive défense de l'abdomen qui est spontanément très douloureux dans sa partie sous-ombilicale.

La palpation ne révèle, du reste, aucun point particulièrement sensible. Le toucher dénote dans le cul-de-sac posté-

rieur, une tumeur très mobile, assez étendue, douloureuse. L'utérus est un peu augmenté de volume; le pouls très rapide est à 130; la température est de 37°2. Vomissements pendant la nuit; le facies est anxieux et pâle. L'intervention proposée est acceptée par la malade.

Opération le 4 décembre par M. Picqué aidé de M. Morel. L'utérus est un peu gros et paraît gravide; l'annexe droite est à sa place normale.

En soulevant l'utérus on voit que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur violacée, couleur aubergine et mobile développée aux dépens des annexes gauches; est sans adhérence aucune avec le cul-de-sac. Son volume est celui d'un œuf de dinde.

Son pédicule est tordu (5 ou 6 tours de spire) dans le sens inverse à celui des aiguilles d'une montre.

La paroi de la poche tubaire est très mince et laisse transparaître son contenu hémorrhagique.

Ablation de cette annexe. Sutures.

La pièce a été remise à M. le professeur Cornil.

Vu le Président de thèse

PAUL BERGER

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARON. — Thèse Paris, 1898.
- BAUDRON. — C.-R. Soc. gyn. obst. péd. Paris, 6 avril 1900, t. II, p. 90.
- BLAND SUTTON. — Salpingitis and some of its effects. Lancet. Londres, II, 1890, p. 1208. — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes, 1891, p. 526, rap. in Centralblatt f. gyn. par Veit. — Ueber Hæmatosalpinx, 30 mai 1891, p. 444, et in Ann. gyn. et obstétr. Paris, septembre, 1894, p. 183.
- CATHELIN. — Bull. Soc. Anat. Paris, 6 juillet 1900, p. 673.
- CATHELIN. — Revue de chirurgie, n° 2, fév. 1901. Paris, et Rev. de ch., n° 3, 10 mars 1901, Paris.
- CLADO et MAUFERT. — Bull. Soc. anat. Paris, janvier 1900, p. 41.
- DELBET PIERRE. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1892, p. 300. Rap. in Ann. gyn. et obstét., septembre, 1894 p. 184.
- FOCHIER. — Bull. Soc. chirurg. Lyon, 10 mai 1900.
- ARTHUR OF FORSELLES. — Deutsche Axendrehung der tube Zeitschr. f. chirurgie, Leipzig, 1898, Bd. XLVIII. S. 198.
- FRITSCH. — Die Krankheiten der Frauen. Berlin, 1894.

- GOSSET et RAYMOND. — Ann. gyn. et obst. Paris, juillet 1899.
Bull. S. Anat., Paris, 1899.
- GOULLLOUD, — Bull. Soc. chirurg. Lyon, 10 mai 1900.
- HARTMANN. — C.-R. Soc. obst. gyn. péd. Paris, Séances
du 2 fév. 1900. Discussion : Legueu, prof. Pinard,
rap. in Ann. gyn. et obst., avril 1900, t. LIII, p. 313.
- HARTMANN. — C.-R. Soc. obs. gyn. péd. 5 oct. 1900, Sem.
gyn. Paris, 1900.
- HARTMANN et REYMOND. — Ann. gyn. et obst. Paris, 1898, t. II.
p. 161.
- HARTMANN et REYMOND. — Ann. gyn. obs. Paris 1894, p. 172
(septembre).
- HENNIG. — Centralbl. f. gyn., 1893, p. 729.
- V. HERFF. — Centralblatt f. gyn. 1895, p. 695.
- HIRST. — Torsion of the Fallopian tube. American Journal of
obstetrics, New-York, 1896, t. I, vol. XXXIII, p. 263.
- JACOBS. — Bull. Soc. gyn. et obs., Bruxelles, 1895. Rap. in
Centralb. für gyn.. 1876, p. 1283.
- LEGUEU. — Rev. gynéc. et chirurg. abdominale, Paris, 1898.
- LEGUEU. — Presse médicale, Paris, samedi 20 janvier 1900,
n° 6. p. 37.
- LEGUEU et CHABRY. — Rev. gyn. et obst. Paris, 1897, n° 1, p. 11.
- MAILLARD. — Thèse, Paris, 1898, n° 429.
- MALCOLM STORER. — Boston med and. chir. Journal, 5 nov.
1896, p. 463.
- A. MARTIN. — Eine tubarschwangerschaft mit Stieltorsion. Alle-
magne Centralbl. f. gyn. 1893. p. 213. Gesellsch.
f. geb. u. gyn. in Berlin, 10 février 1893.
- MORESTIN. — Bull. Soc. anat., octobre 1902, n° 8.
- MOUCHOTTE. — Bull. Soc. anat., janvier 1902, n° 8.

MOULS. — Thèse Paris, 1900.

NAPIER. — Specimen of axial rotation of a right side parovarial cyst with attached right ovary and Fallopian tube distended by hemorrhage. Transact. of the obstetrical soc. London, 1892, vol XXXIV, p. 124.

PÉRAIRE et WEINBERG. — Bull. Soc. anat., mars 1903, n° 3.

PICQUÉ. — Progrès médical.

POIRIER et CATHELIN. — Bullet. Soc. anat. Paris, février 1900, p. 209.

POZZI. — C.-R. Soc. gyn. obs. péd., Paris, 2 mars 1900.

POZZI. — Rev. gyn. et chirurg. abdom. Paris, mars-avril 1900, n° 2, p. 195.

RICARD. — Gaz. hôp. civils et milit. Paris, 26 avril 1900, n° 48.

ROKITANSKY. — Handbuch der patholog. Anatomie, 1841, tome I. Zeitsch. der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1865.

ROUFFART. — Journal médical, Bruxelles, 22 mars 1900, n° 12.

ROUFFART. — Bull. Soc. gyn. et obst. Bruxelles, 1900, t. X, n° 10, p. 257.

RUSSEL. — Hæmorrhagie infarction of the Fallopian tube. Am. journ. of obstet. vol. XXX. 1894, p. 192.

SANGER. — Ueber hæmorrhagische tubennekrose. Centralbl. f. gyn. 1895, p. 727.

STROGANOFF. — Soc. d'Acc. et gyn. Saint-Pétersbourg, 1893, p. 1095. Rap. in Wratsch, p. 1095.

TAYLOR. — Cyst. of. Fallopian tube. British gyn. journal Londres, vol. IX, p. 418.

TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale. Doin. Paris, 1889, p. 195.

VEIT. — Verhandl. der deutschen gesellschaft f. gyn. Leipzig,
1892, p. 216.

VERCOUTRE. — Mémoires de méd. et chir. militaires 1879,
XXXV, 3^e série, p. 1. 146, 256, 363.

WARNEK. — Nouv. Arch. Soc. gyn. et obst. Saint-Pétersbourg.
Rap. in, Ann. gyn. et obstét, Paris 1894.